1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 24

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE

DE L'ULCÈRE

DE COCHINCHINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22 MARS 1886

PAR

THÉOBALD-JOSEPH-MARIE L'HONEN

Né le 16 Octobre 1859, à Brest (Finistère)

MÉDECIN DE DEUXIÈME CLASSE DE LA MARINE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

LAYET, *Président.*
VERGELY.
BOURSIER.
ARNOZAN.

BORDEAUX

Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD

91, Rue Porte-Dijeaux, 91

1886

1885-1886 FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX N° 25

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE

DE L'ULCÈRE

DE COCHINCHINE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22 MARS 1886

PAR

THÉOBALD-JOSEPH-MARIE L'HONEN

Né le 16 Octobre 1859, à Brest (Finistère)

MÉDECIN DE DEUXIÈME CLASSE DE LA MARINE

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NOMS DES EXAMINATEURS

LAYET, *Président.*
VERGELY.
BOURSIER.
ARNOZAN.

BORDEAUX

Imprimerie Typo-Lithographique Olivier-Louis FAVRAUD

91, Rue Porte-Dijeaux, 91

—

1886

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. — M. DENUCÉ.. Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
BITOT..... }

	Messieurs
Anatomie	BOUCHARD.
Physiologie	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ, agrégé.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Anatomie pathologique	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	BOURSIER, agrégé.
	LANELONGUE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	LANDE.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER.
	PIÉCHAUD.
	LAGRANGE.
	DEMONS.
	DUDON.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie	PLANTEAU.
Histoire naturelle	PÉRIER.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	BLAREZ.
Pharmacie	CARLES.

MAITRES DE CONFÉRENCE :

Accouchements	MM. LEFOUR.	Histoire naturelle.	MM. PÉRIER.
Anatomie topographique	PIÉCHAUD.	Physique	BERGONIÉ
		Chimie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enf.	MM. NÉGRIÉ	Maladies vénériennes.	MM. VENOT.
Clinique chir. des enf.	BITOT.	Maladies mentales	N.

Le Secrétaire de la Faculté, F. LAMBERT DES CILLEULS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MONSIEUR POIDLOÜE

Contre-Amiral en retraite

HOMMAGE RECONNAISSANT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LAYET

Professeur d'Hygiène.

A MONSIEUR LÉON AUBRY

Médecin de la Marine.

A MES MAITRES

INTRODUCTION

L'Ulcère de la Cochinchine a été depuis bien longtemps étudié à fond, en raison de sa fréquence et de la gravité de ses lésions. Aussi n'avons-nous point la prétention de vouloir, dans ces quelques notes, jeter un jour nouveau sur une question déjà tranchée par les travaux de MM. les docteurs Rochard, Cras, Laure, Le Roy de Méricourt, Chapuis, Thaly, Jourdeuil, Treille, etc.

Cependant, après un séjour de deux années en Cochinchine, nous avons pu observer un grand nombre de ces ulcères; de plus, un de nos collègues, M. le docteur Gayet, médecin de première classe de la marine, chef de clinique chirurgicale à l'école de médecine navale

de Rochefort, chargé pendant six mois du service médical du bagne de Poulo-Condore où l'on rencontre un nombre considérable de ces plaies annamites, a bien voulu, et nous l'en remercions ici, nous communiquer les quelques idées et les observations qu'il a recueillies dans son service.

Poulo-Condore, en effet, renferme, annexé au bagne, un hôpital ou sont traitées toutes les affections que peuvent présenter les condamnés; aussi, pendant un séjour de six mois, a-t-il pu observer près de 130 cas d'ulcères de tous degrés.

Ses observations jointes à celles que nous avons pu recueillir, nous ont suggéré l'idée de les exposer dans cette contribution à l'étude de l'ulcère de Cochinchine que nous avons l'honneur de soumettre à la bienveillance de nos juges.

CONTRIBUTION

A l'Étude

DE L'ULCÈRE

DE COCHINCHINE

PREMIÈRE PARTIE

L'ulcère de Cochinchine (*Ghé hom, chôc Lêch,* ulcère de Saïgon, ulcère annamite) fut découvert et observé par les médecins de la marine et les médecins militaires du corps expéditionnaire de Cochinchine. Jusqu'alors il avait échappé aux investigations des médecins appelés dans ces parages par les hasards de la navigation. Extrêmement commune chez les annamites, on vit, après la prise de Tourane, se produire une véritable épidémie dans le corps expéditionnaire et à bord des bâtiments.

De Comeiras en compta 700 cas sur 5600 hommes. 100 furent suivis de mort, 30 subirent l'amputation et on fut obligé d'en renvoyer un grand nombre en France sans en avoir obtenu la guérison.

Cette fréquence et aussi la gravité de cette nouvelle maladie appelèrent l'attention de nombreux médecins de la marine et de l'armée; on étudia, on rapprocha cette plaie annamite d'autres ulcères observés dans diverses contrées et aujourd'hui, après les travaux de MM. Rochard, Cras, Richaud, Moisson, Linquette, Jourdeuil, Armand, Chapuis, Treille, la nature de cette affection paraît fixée et nous ne devons plus la considérer que comme une manifestation du phagédénisme tropical à ranger à côté des ulcères de Mozambique, de la Guyane, de Keneba.

Seulement nous devrons faire remarquer que de toutes les manifestations du phagédénisme tropical l'ulcère de Cochinchine est celui dont le caractère de gravité est le plus accusé, car là plus que partout ailleurs se trouvent réunies toutes les conditions qui prédisposent particulièrement à la formation d'ulcères phagédéniques :

« Conditions déprimantes climatériques, hygiéniques et pathologiques qui conduisent fatalement l'organisme vers l'anémie primitive ou symptomatique en préparant ainsi le terrain aux causes efficientes. » (Layet et Le Roy de Méricourt.)

CHAPITRE PREMIER

Etiologie. — Symptomatologie.

L'étiologie de l'ulcère phagédénique des pays chauds se trouve très bien décrite par M. le professeur Treille dans les *Archives de médecine navale* (1er semestre 1874); nous adopterons sa classification étiologique que nous allons exposer le plus brièvement possible, en insistant toutefois sur certaines conditions étiologiques propres à l'ulcère de Cochinchine.

Comme dans toute affection, on retrouve ici des causes prédisposantes et des causes efficientes. M. Treille divise les causes prédisposantes en deux groupes :

1° Des causes prédisposantes générales comprenant : la température, l'humidité et la pression atmosphérique, éléments primitifs, immédiats, qui agissent sur les êtres et les influencent plus ou moins suivant leur degré de résistance. Ici, encore, nous ferons remarquer combien grande est la puissance de ces agents atmosphériques en Cochin-

chine, ce qui faisait dire à M. Richaud : « Ayant habité la plupart des régions tropicales, nulle part je n'ai vu une action plus immédiate et plus énervante. »

A côté de ces causes générales qui prédisposent si puissamment à l'ulcère phagédénique, nous trouvons d'autres causes qui, frappant les uns, épargnant les autres, agiront par l'état de faiblesse où elles auront amené l'organisme. Frappé d'une véritable débilité, ce dernier offrira une force de résistance insuffisante, pour s'opposer au phagédénisme et l'ulcère s'établira.

Outre l'anémie due à l'action de la chaleur, il nous faut citer les endémies des pays chauds, causes prédisposantes d'une importance considérable ; car, comme l'a fait remarquer M. Cras : « Toute perte de substance du tégument « externe chez un individu affaibli par une endémie des « pays chauds est une cause permanente de dangers. »

2° Si nous recherchons maintenant les causes déterminantes de l'ulcère de Cochinchine, nous verrons que dans l'immense majorité des cas, chez l'européen, c'est le moustique qu'il faut accuser. Irrésistiblement poussé par les vives démangeaisons qu'il éprouve, le soldat se gratte, excorie la plaie qui s'enflamme. Dès lors la porte est ouverte et si l'organisme est trop faible pour s'opposer au phagédénisme, l'ulcère va commencer.

Nous citerons encore la sangsue, si commune dans les marais, et nous avons vu, pour notre part, leurs morsures être le point de départ de l'affection qui nous occupe chez des chasseurs endurcis qui ne craignaient point, emportés par l'ardeur de la chasse, de marcher les jambes nues dans les marais.

L'annamite, en outre, marchant nu-pied, se blesse dans les forêts aux épines des branches ou aux coraux (à Poulo-Condore, par exemple, où les hommes du pénitencier sont employés à la construction du phare de Bai-Canh). Aussi

avons-nous constaté chez eux un grand nombre d'ulcères provenant des deux causes que nous venons de citer.

Du reste, les coraux jouissent de ce triste privilège de déterminer des plaies qui ont une tendance à s'ulcérer.

Sur le croiseur le *Dayot,* aux îles Gambier (Océanie), où nous faisions de l'hydrographie, nous avons eu une grande partie des hommes de l'équipage hors de service par suite de blessures qu'ils s'étaient faites aux pieds et un certain nombre d'entre elles sulcérèrent et mirent un temps relativement considérable à se guérir.

Symptomatologie. — La symptomatologie de l'ulcère de Cochinchine n'est plus à faire. Elle a été admirablement décrite par tous les auteurs qui se sont occupés de cette affection et parmi eux nous citerons tout particulièrement M. Treille. Nous en dirons seulement quelques mots.

Quelle qu'en soit l'origine, on trouve au début un gonflement local accompagné de prurit que le malade excorie avec ses ongles en se grattant; cette excoriation se tuméfie; les bords se soulèvent, s'indurent et forment bourrelet. L'auréole inflammatoire s'étend très rapidement à la périphérie. — L'ulcère est constitué.

Si la maladie ne va pas plus loin, elle conserve la forme légère et superficielle; c'est la seule forme que nous ayons rencontrée chez l'européen et encore tend-elle à disparaître avec les progrès de l'hygiène coloniale. Malheureusement chez l'annamite, comme chez nos soldats aux débuts de la conquête, elle revêt un caractère de gravité qui nécessite un traitement prompt et énergique; c'est la forme grave de l'ulcère dans laquelle l'ulcération prend des proportions considérables en surface et en profondeur et où l'on voit muscles, tendons, os même, toutes les parties constituantes d'un organe ou d'une partie d'organes emportés par le phagédénisme.

Quant à son siège, si la proposition émise par M. Rochard : « L'ulcère de Cochinchine ne se montre jamais qu'aux mem-

bres inférieurs », s'applique à l'immense majorité des cas, elle est cependant trop exclusive. M. Richaud en a constaté chez les annamites aux membres supérieurs. Jourdeuil l'a constaté sur 23 cas :

Une fois sur le lobule de l'oreile ;

Une fois sur l'épaule ;

Une fois dans la région inguino-crurale ;

Une fois au pubis.

M. Gayet, sur un grand nombre d'ulcères observés par lui ne l'a vu que trois fois siéger au membre supérieur :

L'un, venu à la suite d'un onyxis ulcéreux du pouce, avait envahi le pouce entier et avait gagné la face dorsale de la main.

Le second venu à la suite d'un panaris de l'index gauche.

Le troisième était un ulcère d'un moignon de l'avant-bras gauche. On fut obligé, en raison de la rapidité avec laquelle marche cet ulcère, d'amputer le bras.

CHAPITRE II

Nature de l'ulcère de Cochinchine.

En présence de la fréquence avec laquelle l'ulcère phagédénique frappe la race jaune, et de l'immunité dont semble jouir l'européen, on est en droit de se demander si on n'a pas affaire à une maladie propre à cette race.

A Poulo-Condore, où M. Gayet avait un nombre considérable de plaies annamites à soigner, toutes appartenaient à des asiatiques (cambodgiens, chinois, annamites). Au contraire, sur les 120 hommes d'infanterie de marine, qui composaient la garnison de l'île, 3 seulement présentèrent des cas très légers de phagédénisme. Nous-même, à Soc-Trang, où nous avons vécu six mois avec environ 60 hommes de troupes européennes, nous n'avons pas eu à soigner, chez nos soldats, un seul cas d'ulcère cochinchinois.

Cette immunité de la race blanche, qui semblerait vouloir découler des faits que nous venons de citer, ne tient pas à

une différence de race, comme certains ont voulu l'admettre, mais bien à une simple question d'hygiène.

Rare, presque inconnu aujourd'hui chez nos soldats qui vivent dans des casernes bien aérées, bien construites, ont une nourriture saine et abondante et 100 grammes de vin de quinquina par jour, l'ulcère, ainsi que le démontre le rapport de M. Rochard, s'est, au contraire, montré avec une fréquence et une gravité exceptionnelle aux débuts de la conquête, alors que les marches forcées, les fatigues, l'épuisement physiologique, les mettaient dans les conditions les plus favorables au phagédénisme tropical.

Ces conditions se trouvent pleinement réalisées dans les basses classes annamites : pauvreté, mauvaise alimentation, habitations humides et malpropres. C'est ce qui faisait dire à Foucault que c'était une race dégénérée, médicalement parlant.

L'ulcère de Cochinchine est-il contagieux? Ce problème important, qui paraît à peu près résolu, n'a point donné encore une solution définitive.

Un grand nombre, nous dirons même l'immense majorité des médecins qui ont étudié la plaie annamite, s'accordent à éliminer toute idée de contagion. Quelques observateurs ont cependant conclu d'une façon différente, et la phase microbienne dans laquelle semble vouloir entrer l'ulcère, offrira sans doute, aux partisans de la contagion, de nouvelles armes pour défendre leur dire.

M. Vinson, le premier, s'est basé sur le fait d'une épidémie d'ulcères phagédéniques apparus sur des coolies que transportait le vapeur *Mascareignes* de la côte de Mozambique à l'île Bourbon.

Mais pour expliquer l'apparition de ces ulcères en si grand nombre, il n'est point besoin d'avoir recours à l'existence d'un principe contagieux ; tous ces émigrants se trouvaient dans un état de misère physiologique les prédisposant au phagédénisme, et, le moindre traumatisme, la plus petite

piqûre, devait naturellement amener l'éclosion de la maladie. Du reste, il invoque comme porteur du principe contagieux, une mouche allant de plaie en plaie déposer le germe, et, chose étrange, dont il s'étonne à bon droit, pas une des 31 femmes que transporte son navire, ne contracte l'ulcère. Ce serait là, comme le fait remarquer M. Treille, un singulier principe contagieux, qui, respectant les femmes, n'aurait d'action que sur les hommes.

Il est bien plus logique d'admettre que les femmes jouissaient à bord des privilèges qu'on accorde en général au sexe faible et qu'ayant une nourriture et un logement meilleurs, elles se trouvaient dans des conditions préférables pour résister à l'action des causes prédisposantes.

Un médecin de la marine, M. le Dr Chasseriaud, qui a observé au Tonkin l'ulcère phagédénique (ulcère absolument identique à celui de Cochinchine), conclut hardiment, dans sa Thèse inaugurale, que l'ulcère phagédénique est contagieux.

Cette opinion nous paraît provenir de ce que M. Chasseriaud a observé au Tonkin, pendant la conquête, au moment où nos soldats subissaient les fatigues et les privations les plus dures. Dans ces conditions, il a vu survenir l'ulcère avec une fréquence qu'explique très bien la situation malheureuse de nos troupes. Mais ce même fait s'est produit aux débuts de la conquête de la Cochinchine. De Comeiras n'a-t-il pas compté sur 5.600 hommes, 700 cas dont 100 furent suivis de mort?

Les faits de contagion qu'il cite ne sont pas du tout concluants et pour notre part nous déclarons n'avoir jamais vu en Cochinchine de médecins ou d'infirmiers atteints d'ulcères contractés en soignant les malades.

Les faits invoqués par lui s'expliquent tout naturellement par la mauvaise hygiène qu'avaient les malades dont je parle. Si cette vérité : l'ulcère s'arrête devant l'épaulette, était incontestable autrefois où l'officier jouissait d'avanta-

tages que ne possédait pas le soldat, elle doit être rejetée aujourd'hui et surtout pendant cette campagne de guerre où officiers et soldats eurent à supporter les mêmes privations et les mêmes fatigues.

De plus, nous dirons avec M. Treille : Comment cette affection serait-elle contagieuse quand on sait qu'aucun accident ne survient au sein d'agglomérations hospitalières dans lesquelles les services des blessés étaient encombrés, offrant, à côté d'ulcères phagédéniques, toutes les espèces de plaies de guerre.

Les recherches anatomo-pathologiques faites à la Guyane par un de nos collègues, M. le Dr Le Dantec, sembleraient vouloir jeter un jour nouveau sur la nature de l'ulcère phagédénique des pays chauds.

Déjà M. le professeur Treille avait pratiqué l'examen histologique des produits ichoreux recueillis à la surface de l'ulcère de Cochinchine. D'après ses recherches, le produit examiné renfermerait des leucocytes, relativement peu nombreux, des cellules et des fibres de tissu conjonctif, des globules de graisse, des cellules épidermiques et surtout des cadavres de globules sanguins. Mais il n'aurait jamais rencontré de parasite spécial.

Dernièrement, M. Le Dantec, examinant au microscope des parcelles de putrilage prises dans le fond d'un ulcère phagédénique de la Guyane, découvrit des nuées de bacilles. Ces bacilles mesurent de sept à douze μ. Ils sont droits, immobiles, quelquefois courbés, quand ils atteignent leur plus grande longueur. Ce bacille est caractérisé en ce qu'il se colore instantanément par le violet de méthylène et par la fuchsine. Il ne se colore pas par l'éosine, par l'iode, et par le picro-carmin. Ils n'existent que sur le point ulcéré. L'examen histologique d'une goutte de sang prise dans une piqûre de l'index, n'en montre aucune trace. L'infection serait donc purement locale.

A côté de ces bacilles, on remarque des microcoques longs

ou légèrement ovales, isolés ou en masse, très rarement en diplocoques ou en chapelet, plus volumineux que les microbes de la suppuration. Ils se colorent plus fortement que les bacilles par le violet de méthyle et par la fuschine et sont encore visibles alors que les bacilles sont décolorés.

M. Le Dantec suppose que ces microcoques sont des spores des bacilles. M. le Dr Roux, qui a examiné ses préparations, ne le pense pas parce que :

1° Ces microcoques se colorent d'une façon intense et sont plus gros que les bacilles ;

2° Parce qu'ils sont associés en points doubles et en chapelet ;

3° Parce qu'on n'en voit point de contenus dans les bâtonnets.

Tous les observateurs s'accordent à reconnaître l'identité de l'ulcère de Cochinchine et de la Guyane : ce sont tous les deux des manifestations identiques du phagédénisme tropical.

Nous regrettons de n'avoir pu nous livrer à des recherches microscopiques pendant notre séjour en Cochinchine, mais l'attention est aujourd'hui éveillée par cette récente découverte et nous ne doutons pas que de nombreux observateurs se mettent à la recherche de ces microbes.

Si nous admettons par analogie l'existence de bacilles dans l'ulcère annamite, devons-nous forcément admettre qu'il soit contagieux ?

Nous appuyant sur la masse des médecins qui se sont succédé en Cochinchine et qui tous ont refusé de reconnaître à la plaie annamite un caractère contagieux, sur nos propres observations nous ne pouvons voir dans le bacille qu'un phénomène concomitant, et que loin d'en être la cause il n'en est que l'effet. Il a trouvé dans les détritus de la plaie un milieu favorable à son existence, il s'y est développé. Le leptotrix buccalis vit admirablement dans les cavités creusées dans les dents par la carie, est-il pour cela la cause même de cette carie ?

Du reste, un fait qui nous raffermit dans notre conviction, c'est le résultat négatif fourni par les inoculations. MM. Jourdeuil, Treille, ont introduit du pus provenant d'ulcères annamites dans des boutons d'ecthyma ; ils en ont déposé sur des plaies ordinaires. Ils n'ont jamais rien observé de particulier.

M. le Dr Gayet, pendant son séjour à Poulo-Condore, a pratiqué sans aucun résultat de nombreuses inoculations sur des singes. Reprenant les expériences des auteurs cités plus haut, il a inoculé de l'ichor, de cette sorte de bouillie putrilagineuse qui recouvre les ulcères. Quel que soit le degré de gravité de l'ulcère dont il s'est servi, il n'a jamais rien observé et toutes ses inoculations sont restées sans résultat.

CHAPITRE III

Diagnostic de l'ulcère annamite.

Le diagnostic de l'ulcère phagédénique n offre en général aucune difficulté.

L'absence de varices superficielles ou profondes le fera distinguer de l'ulcère variqueux.

Quant à l'ulcère scorbutique, à part le processus ulcéreux, on voit manquer tout le cortège symptomatique qui caractérise cette maladie : fétidité de l'haleine, gencives molles et saignantes, purpura.

Il est une autre maladie qui au début en a imposé aux observateurs, je veux parler de la *syphilis*.

En présence de la tenacité de cet ulcère, de l'impuissance relative où se trouvaient nos agents les plus énergiques, de la marche souvent rapide de cette plaie qui, d'abord petite, va s'agrandissant sans cesse, dévorant au fur et à mesure

peau, muscles, tendons, même les os, amenant ainsi la destruction partielle ou totale d'un membre, on était en droit de se demander si l'on n'avait pas en face de soi une affection diathésique, si la syphilis si commune chez les annamites n'était pas en cause.

Cette façon d'envisager l'ulcère donnait naturellement une direction nouvelle au traitement à ordonner. Il fallut renoncer bien vite à cette idée.

Bien loin de s'amender sous l'action des sels mercuriaux, administrés *intus* et *extra*, l'ulcère ne fit que croître et embellir. Loin de relever les forces du malade, le traitement ne fit que le plonger dans un état de faiblesse favorable au dernier chef au développement de l'ulcère et, comme le fait remarquer M. Treille, « à une débilitation *totius substantiæ* « déjà ancienne, origine du premier mal, on ajoutait le dan- « ger toujours possible d'une cachexie mercurielle. »

Nous avons vu bien souvent la plaie annamite survenir chez des personnes n'ayant jamais eu la syphilis, et enfin, l'inoculation ne démontre-t-elle pas, par l'absence de résultats chez l'inoculé, qu'il faut abandonner toute idée de spécificité.

N'attaquant parfois que les orteils, l'ulcère peut offrir de grandes analogies avec le mal perforant en raison de leur tendance commune à creuser la face plantaire et à attaquer les os et les articulations. Mais dans le cas de phagédénisme, on ne trouve ni de lésions trophiques des parties avoisinantes ni de douleurs fulgurantes.

Reste la pourriture d'hôpital. Thorel a assimilé la plaie annamite à la forme ulcéreuse de cette affection, prétendant que cette forme était celle qu'on rencontrait le plus communément en Cochinchine, ce qui, pour lui, expliquait la fréquence de l'ulcère. Mais nous l'avons déjà dit, l'ulcère phagédénique n'est pas contagieux, tandis que la pourriture d'hôpital l'est au plus haut degré. De plus, le traitement est absolument distinct : si dans la pourriture d'hôpital, la cau-

térisation par le fer rouge est le moyen le plus sûr que nous possédions d'arriver à un résultat satisfaisant (ce qui faisait dire à Nélaton que le succès était assuré toutes les fois qu'on pouvait porter le cautère sur toutes les parties ulcérées). Dans l'ulcère annamite, au contraire, la cautérisation par le fer rouge n'a fourni que de piètres résultats et il semblerait même que dans quelques cas elle favorise la marche de l'ulcère vers les parties profondes plutôt qu'elle ne l'entrave. Bien plus, M. Cras l'a constatée sur une plaie annamite, mais alors à titre de complication.

Au Sénégal, M. Abblart, médecin de 1re classe de la marine, a eu à combattre la forme pulpeuse de la pourriture d'hôpital, qui venait fréquemment mettre obstacle à la guérison d'ulcères qui, pourtant, étaient en très bonne voie.

En terminant, nous insisterons sur le terme d'ulcère que certains auteurs ont appliqué à l'ulcère de Delhi. Synonymie qui peut incliner à faire des rapprochements fâcheux entre l'ulcère cochinchinois et la maladie indienne.

Qu'à Delhi et dans toute l'Inde anglaise il y ait des ulcères phagédéniques, ce fait est incontestable; mais si nous envisageons l'ulcère de Delhi tel qu'il a été décrit par le Dr Fleming, nous trouvons une affection essentiellement différente de l'ulcère phagédénique; et, comme le fait remarquer M. Le Roy de Méricourt, cet ulcère de Delhi a la plus grande analogie avec le bouton observé en Algérie et en Syrie. M. Villemin avait proposé la dénomination d'ulcère d'Orient pour le bouton d'Alep, ce qui entraînait encore une confusion fâcheuse avec l'ulcère phagédénique des pays chauds, et d'autant plus vicieuse que l'ulcération n'est qu'une des phases du bouton. Il y aurait cependant une différence entre le bouton d'Alep et l'ulcère de Delhi, en ce que le premier ne serait ni contagieux ni inoculable, tandis que, d'après Fleming, l'ulcère de Delhi serait une affection contagieuse locale.

En tous cas, l'ulcère de Delhi diffère de l'ulcère phagédé-

nique de Cochinchine, d'abord par son siège. Fleming, en effet, décrit l'ulcère de Delhi comme siègeant particulièrement aux membres supérieurs et à la face, tandis que l'ulcère annamite a une préférence marquée pour les membres inférieurs. Enfin, la contagiosité constatée par Fleming.

DEUXIÈME PARTIE

Traitement de l'ulcère de Cochinchine.

AVANT-PROPOS

Comme nous l'avons vu plus haut, l'ulcère est le produit de deux facteurs, l'un, cause déterminante (piqûre, traumatisme), amène l'ulcération du tégument, point de départ de l'ulcère phagédénique; l'autre, cause prédisposante, est la débilité physiologique dans laquelle le climat et la maladie ont jeté le malade.

En Cochinchine, en effet, plus particulièrement que dans nos autres colonies, la chaleur et l'humidité sont extrêmes. Toutes les fonctions languissent sous ces influences climatériques et c'est certainement l'assimilation qui souffre le plus;

aussi, la déglobulisation ne tarde-t-elle pas à se montrer. Les belles couleurs de France pâlissent puis disparaissent emportées par le coup de balai cochinchinois qui ne laisse à leur place qu'une teinte jaune terreuse, véritable masque de femme enceinte. Que le colon contracte les fièvres, la dyssenterie ou une autre affection endémique, la situation sera bien plus grave, « car la vie, déjà mise en péril par une agression morbide aiguë, n'a plus pour se soutenir que des forces organiques profondément dégradées et pour ainsi dire usées pendant la lutte. » (Treille.)

De ces considérations étiologiques découle nettement pour le médecin la marche à suivre et le traitement à faire subir au malade.

D'une part, se servir des modificateurs puissants que renferme notre arsenal thérapeutique pour amener la guérison de la plaie. D'une autre part trouver dans l'organisme un auxiliaire aux topiques appliqués sur la plaie et pour cela relever les forces, en instituant un traitement général tonique et reconstituant sans lequel il n'y a pas de guérison locale possible.

Nous allons donc parler, en premier lieu, du traitement général dont nous tracerons les grandes lignes, puis cela fait nous passerons à l'étude du traitement local examinant un à un les divers modificateurs préconisés par les auteurs et donnant les résultats divers qu'ils ont fournis entre nos mains.

CHAPITRE PREMIER

Traitement général.

L'hygiène coloniale a fait de sérieux progrès en Cochinchine, et qui a vu Saïgon, il y a vingt ans, et le revoit aujourd'hui avec ses monuments, son hôpital, ses casernes, ses habitations spacieuses, éprouve un étonnement qui laisse vite place à l'admiration. Nous sommes bien loin aujourd'hui des misérables demeures en paillotte du début de l'occupation, et on peut dire que le vœu exprimé en 1864 par M. Richaud, a été pleinement réalisé.

Aujourd'hui à Saïgon, comme dans les postes de l'intérieur de la Cochinchine, les casernes sont aérées et suffisamment élevées au-dessus du sol. Les lits sont tous garnis de moustiquaires qui, tout en permettant le sommeil, défendent les hommes contre les piqûres de moustiques, qu'on peut regarder comme la cause la plus fréquente de l'ulcère annamite.

Doit-on conseiller le retour en France? oui si l'ulcère après avoir présenté quelques tentatives d'amélioration, est tombé dans une période d'atonie qui résiste à l'action la plus énergique et la plus variée de nos topiques; on assiste alors à des guérisons qui paraissent vraiment extraordinaires, après les efforts faits en Cochinchine pour arriver à ce résultat.

Il nous souvient d'un employé du Trésor à Saïgon, qui offrait à la main un ulcère déjouant tous les essais faits par les médecins qui le soignaient. Découragé, on conseilla le rapatriement et, à peine hors de la fournaise Cochinchinoise, on vit cette plaie se modifier, changer complètement d'aspect et marcher vers la guérison avec une rapidité vraiment surprenante, et que ne pouvait expliquer le traitement peu actif, institué par le médecin du bord.

Ces exemples de l'influence bienfaisante de la traversée de retour sont nombreux et les rapports de fin de campagne des médecins-majors de transports en ont signalé un grand nombre.

On a parlé d'installer des sanitaria où l'on enverrait les convalescents et les ulcères rebelles. L'installation d'un de ces sortes d'établissements nous paraît difficile à réaliser, en raison de la conformation orographique de la basse Cochinchine.

En face d'un ulcère phagédénique, on administrera au début un purgatif pour combattre l'embarras gastrique qui existe presque toujours : on se sert de préférence des sels de soude ou de magnésie. Les emeto-cathastiques, par leur action hyposthénisante, combattraient les effets que l'on veut obtenir. On commence alors un traitement tonique et reconstituant. Le quinquina soit sous forme de vin, soit en décoction, sera, avec les viandes saignantes et le vin de Bordeaux, la base de ce traitement.

On prescrit concurremment du fer sous forme de carbonate et de lactate, et des tisanes amères. Quelques praticiens conseillent l'emploi des arsenicaux. Quant à l'huile de foie

de morue que conseille M. Treille, nous conseillerons de l'écarter du traitement. Elle est, en général, dans les pays chauds, très mal supportée, et détermine le plus souvent de la diarrhée qu'on doit éviter à tout prix en Cochinchine, car si on sait quand elle commence, on ne sait jamais quand elle finit.

Ce n'est pas tout. Si le malade est atteint de fièvre paludéenne, il faut la combattre énergiquement; et ici le sulfate de quinine doit jouer un rôle capital. Tout le monde s'accorde aujourd'hui à reconnaître l'influence désastreuse qu'exerce un accès palustre sur un ulcère en bonne voie de guérison. Il faut donc s'informer des antécédents morbides du malade et combattre méthodiquement par la quinine la fièvre, si elle existe.

Le traitement une fois institué, il ne faudra pas s'attendre à voir la guérison succéder rapidement. De tels cas se voient rarement dans la pratique : on assiste peu à peu au relèvement des forces, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps, quelquefois même d'un temps très long, qu'on voit la plaie se modifier et arriver à la cicatrisation.

CHAPITRE II

Traitement local.

Outre ces soins généraux dont nous venons de parler et sans lesquels il n'y a pas de guérison possible, l'ulcère réclame des soins spéciaux, l'emploi de nombreux agents modificateurs dont l'ensemble constitue le traitement local. Nous allons étudier tous les moyens mis en action et essayer de faire un choix parmi eux en nous appuyant sur les résultats de la pratique de nos collègues et de la nôtre, bien modeste il est vrai.

Dans l'ulcère de Cochinchine, on peut reconnaître deux périodes bien tranchées et justiciables l'une et l'autre de traitements différents.

Une première période dite inflammatoire dans laquelle l'ulcère suppure abondamment, la surface ulcérée est d'une coloration rouge lie de vin. Elle saigne au moindre contact et est très douloureuse. Les parties voisines offrent une rou-

geur inflammatoire. C'est dans cette période que grandit l'ulcère s'étendant en surface et pénétrant en profondeur.

Une deuxième période dite atonique. Au phagédénisme a succédé l'atonie; l'ulcère tend à devenir stationnaire. Les symptômes inflammatoires ont disparu, la plaie s'est détergée des produits ichoreux qui l'encombraient. Sa surface lisse a perdu sa coloration lie de vin pour prendre une teinte rose pâle. La douleur a disparu pour faire place à une légère anesthésie de la plaie et des parties voisines.

L'ulcère se présente souvent avec ces deux périodes nettement tranchées; mais, souvent aussi, l'on voit une plaie annamite qui marchait régulièrement vers la guérison, s'arrêter brusquement, devenir douloureuse, prendre la coloration rouge foncée. Le travail ulcératif recommence, l'ulcère est de nouveau phagédénique.

I. — Traitement prophylactique

Etant donné le mode de production de l'ulcère phagédénique, le médecin devra mettre toute son attention et ses soins à obtenir la guérison des petites plaies des membres inférieurs, des piqûres de moustique enflammées et excoriées, des pustules d'ecthyma.

De plus, la plus grande propreté sera recommandée aux soldats qui devront faire des ablutions journalières. Dans la pratique civile, cette recommandation n'a guère besoin d'être faite, car le colon trouve dans l'emploi du bain ou de la douche un tel bienfait qu'il ne néglige jamais ce moyen d'adoucir la rigueur du climat.

Pour les pustules d'ecthyma, notre collègue, le docteur Chasseriaud, dit avoir retiré un grand bénéfice de l'emploi de l'acide phénique pur. Il faisait pénétrer le caustique au-dessous des bords de la plaie après avoir eu soin d'ouvrir et de vider la pustule le plus tôt possible.

II. — Traitement de la période inflammatoire

Une fois l'ulcère constitué et entré dans la période inflammatoire, le traitement antiphlogistique doit lui être appliqué.

D'abord, repos complet si l'ulcère siège au membre inférieur; immobilité du membre s'il siège au membre supérieur.

Les cataplasmes, les bains partiels ou locaux, les fomentations émollientes sont les seuls moyens que l'on devra employer. Il faudra rejeter absolument les incisions destinées à débrider les parties voisines engorgées. Ces incisions peuvent devenir le point de départ de nouveaux ulcères, et cette pratique n'aurait d'autres résultats que de donner un aliment nouveau au processus phagédénique.

Certains praticiens (M. Cosquer) ont recommandé l'emploi de pommade mercurielle en onctions répétées autour de l'ulcère. On en aurait, paraît-il, obtenu d'assez bons résultats. Certains auteurs ne conseillent cependant pas l'usage de ces onctions qui pourraient augmenter l'action du processus ulcéreux.

Les médecins annamites font très bien la distinction entre les deux périodes que nous avons signalées au début de ce chapitre. Pour combattre l'élément inflammatoire, ils se servent de cataplasmes faits avec des feuilles de vigne vierge ou de plantes de la famille des malvacées (toutes les variétés d'hibiscus, et, en particulier, une espèce d'entre elles qu'ils appellent le *trè-bian*.

Plus tard, lorsque la marche de l'ulcère diminue, et qu'il tend à devenir atonique, ils pratiquent des cautérisations avec des crayons de sulfate de cuivre que l'on trouve dans toutes les pharmacies indigènes. Ils emploient, en

outre, une sorte de pommade rouge qui paraît être un mélange de cinabre et d'huile de sésame; mais ce dernier remède est considéré par eux comme le médicament par excellence des chancres, ulcères vénériens, aussi bien que des ulcères ordinaires.

III. — Traitement de la période atonique

Lorsque les symptômes inflammatoires ont disparu et que, malgré le traitement antiphlogistique, l'ulcère est arrivé à un point où il semble vouloir s'éterniser, le chirurgien est obligé d'avoir recours à des modificateurs plus ou moins puissants. Le nombre de ces topiques, tantôt vantés, tantôt dépréciés, est considérable; et chaque auteur qui a traité la question, a préconisé le sien. C'est ainsi que M. Richaud, à Saïgon, a conseillé l'emploi d'une solution saturée de sulfate de cuivre; M. Brion, au Sénégal, s'est servi avec succès du suc de citron; MM. Laure, Jourdeuil, Thaly, Bassignot, ont vanté les bons résultats retirés de l'emploi de l'acide chlorydrique, etc. Avant de passer en revue ces divers topiques, nous établirons un fait trop souvent méconnu, et dont l'oubli expose le médecin à bien des mécomptes.

L'ulcère phagédénique atone est souvent d'une durée très longue; il s'habitue mieux que toute autre plaie au traitement appliqué et demande des stimulants variés en même temps qu'énergiques pour sortir de sa léthargie.

Il en résulte que le même pansement ne devra être employé que pendant un temps restreint. Dès que l'amélioration produite par ce premier pansement semble terminée, et que l'ulcère tend à reprendre son caractère d'atonie, il faut ne pas persister dans l'usage de ce topique, mais passer immédiatement à un autre pansement; ainsi seulement, pourra-t-on espérer arriver à un résultat heureux.

Nitrate d'argent. — La cautérisation par le nitrate d'argent modifie très avantageusement la surface d'un ulcère léger. On peut se servir du crayon ou d'une solution plus ou moins concentrée suivant les indications. Mais c'est surtout pour réprimer les bourgeons charnus de l'ulcère en voie de guérison que son usage est réservé.

Teinture d'iode, sulfate de cuivre. — La teinture d'iode, le sulfate de cuivre en solution concentrée, ont donné de bons résultats entre les mains de M. Richaud, mais ce sont des modificateurs peu énergiques qui ne doivent être employés qu'au début de l'ulcère.

Iodoforme. — En présence des bons résultats obtenus en France par l'emploi de l'iodoforme dans le traitement des plaies de mauvaise nature, on l'a essayé dans le pansement de l'ulcère annamite et les résultats obtenus ont été très-satisfaisants. On peut même dire que l'iodoforme appliqué pendant vingt-quatre heures sur une plaie annamite amène toujours des modifications heureuses de la surface ulcérée. Aussi, croit-on, la première fois qu'on applique ce topique, être tombé sur le remède par excellence. Malheureusement son usage doit être restreint à quelques jours seulement car si à son contact les plaies annamites se modifient d'une façon remarquable elles s'y habituent aussi facilement, et si le quatrième pansement a encore quelque action sur l'ulcère, le cinquième n'agit plus du tout. Il faut alors passer à un autre topique, quitte à y revenir plus tard dans le courant du traitement.

Acide chlorhydrique. — Les divers acides médicaux ont été employés et en première ligne nous devons citer l'acide chlorhydrique. Les partisans de ce caustique sont nombreux. Préconisé par Jourdeuil, il a donné d'excellents résultats entre les mains de MM. Laure, Richaud, Didiot.

Appliqué sur une plaie, il produit une escharre qui, une fois détachée, laisse la surface ulcérée complètement modifiée et en bonne voie de guérison. Pour notre part, et en cela nous avons suivi la pratique du Dr Gayet, nous avons toujours reculé devant l'emploi de cet acide pur qui, dans certains cas, a amené des suites regrettables. Nous l'avons employé étendu d'eau et nous en avons obtenu de bons effets comme détersif.

Acide sulfurique, acide azotique. — Ces deux acides doivent être rejetés du traitement de l'ulcère phagédénique car leur emploi n'a en général donné que des résultats désastreux. Ils ont une action aussi néfaste l'un que l'autre sur la marche de l'ulcère. — On arrête, il est vrai le suintement de sang qui se fait à la surface de la plaie, on empêche la putridité par leur action chimique sur les produits ichoreux, mais l'escharre formée au sein de tissus enflammés, agrandira, à sa chute, la surface ulcérée, et le seul résultat obtenu aura été, comme le fait justement remarquer M. Cras, d'avoir fourni à l'ulcère une occasion de s'étendre.

Acide citrique. — M. Brion a beaucoup vanté les effets du jus de citron sur les ulcères phagédéniques qu'il a eu à soigner au Gabon. L'acide citrique a remplacé avantageusement aujourd'hui le suc de citron. Ce dernier nous a rendu de très grands services dans un poste de l'intérieur de la Cochinchine où nous étions démunis de médicaments.

L'acide citrique s'emploie rarement seul; on l'associe toujours au camphre. Pour cela on fait un mélange d'acide citrique et de camphre auquel on ajoute un peu d'alcool ou d'alcool camphré. On forme ainsi une véritable pâte que l'on porte avec la spatule sur l'ulcère. On maçonne pour ainsi dire la plaie. C'est un modificateur puissant et qui donne d'excellents résultats, mais il faut être très sobre de son emploi. En général, deux applications sont

suffisantes et amènent une modification sensible de la plaie. Continuées, elles auraient l'inconvénient d'exciter trop vivement l'ulcère. Le fond de la plaie devient alors rouge, se couvre de bourgeons charnus qui saignent au moindre contact.

On laisse le pansement vingt-quatre heures en place.

Quant au suc de citron, on peut l'employer seul en l'étendant au moyen d'un pinceau sur la plaie ; mais il vaut mieux l'associer à la poudre de camphre. Son action est naturellement moins énergique que celle de l'acide citrique.

Acide phénique. — L'acide phénique est employé pur, et alors c'est un caustique d'une extrême puissance, ou en solution forte ou faible comme modificateur et antiseptique. Les plus grandes précautions doivent être prises dans l'application de ce caustique, car s'il est déposé sur la plaie en trop grande quantité, il se mêle aux produits ichoreux que secrète l'ulcère, se répand au dehors, désorganise les parties voisines de la plaie et ouvre ainsi une nouvelle voie au processus phagédénique.

On se sert d'un pinceau que l'on trempe dans l'acide phénique pur en ayant soin de l'exprimer en le retirant. On promène alors vivement le pinceau sur la surface ulcérée essuyée à l'avance. La cautérisation laisse une traînée blanche partout où le pinceau a passé.

Nous avons déjà parlé des bons résultats obtenus par l'emploi de l'acide phénique pur comme moyen préventif de l'ulcère dans la guérison des pustules d'ecthyma. Son efficacité est encore remarquable pour arrêter un ulcère léger dans sa marche ulcérative ; nous avons pu arrêter ainsi un ulcère phagédénique à son début.

M. le Dr Amouretti a soigné au Sénégal un grand nombre d'ulcères qui se compliquaient de la production de membranes grisâtres, véritables escharres gangréneuses. Pour amener la disparition de ces membranes qui tendaient à se

reproduire sans cesse et à recouvrir les moindres parties ulcérées, notre collègue s'est servi de l'acide phénique pur comme caustique. La cautérisation faite, il recouvre la plaie d'une pâte molle faite avec du chlorure de chaux délayé avec de l'eau dans un mortier. Le tout est recouvert d'étoupe et de ouate et reste en place jusqu'au lendemain. On renouvelle le pansement sept à huit jours de suite en ayant soin de nettoyer la plaie tous les matins.

Grâce à ce traitement, il a vu les membranes disparaître, la gangrène s'arrêter et faire place à une plaie bourgeonnante et ne demandant qu'à cicatriser. M. le Dr Gayet s'est servi avec avantage du pansement de Lister tant que la plaie avait conservé un peu de vitalité ; mais sur un ulcère atone, chose facile à comprendre, les résultats ont été complètement nuls.

Perchlorure de fer. — Le perchlorure de fer pur ou étendu d'eau a été employé comme caustique destiné à amener la production d'une escharre dont la chute déterminerait la guérison. Le succès n'a pas répondu aux espérances, et nous conseillerons même de rejeter ce topique qui a plus d'inconvénients que d'avantages.

Styrax, Tartrate ferrico-potassique. — Les pansements au styrax et au tartrate ferrico-potassique donnent d'assez bons résultats sur les ulcères légers ; surtout le pansement fait avec un plumasseau trempé dans une solution de 50 grammes de tartrate ferrico-potassique pour 250 grammes d'eau.

Poudre de charbon et de quinquina. — En présence de l'ichor abondant et fétide secrété par bon nombre d'ulcères. on a essayé l'emploi de la poudre de charbon et de quinquina, on en a retiré d'assez bons résultats, car la fétidité disparaît ; mais pour les ulcères à marche rapide où l'on a besoin d'un modificateur énergique, on a accordé la préfé-

rence à un mélange de poudre de quinquina et de camphre et mieux d'un mélange des trois poudres. Ce pansement a une réputation d'anti-putride et d'anti-gangréneux, et de plus c'est un stimulant énergique. Le seul reproche qu'on peut lui adresser c'est d'avoir parfois une action trop vive. S'il est bon lorsque la plaie est grisâtre et sans vitalité, on doit le rejeter au contraire, lorsqu'on a devant soi une plaie rouge avec bourgeons charnus saignant au moindre contact.

On s'est encore servi, dans le même but, de poudre de quinquina humectée d'essence de térébenthine.

Cautérisation par le fer rouge. — Le fer rouge devait naturellement trouver sa place dans l'énumération des moyens propres à combattre le processus ulcéreux, mais les observateurs sont loin d'être d'accord sur les résultats obtenus par ce mode de cautérisation.

Les uns ont vu la plaie se modifier sensiblement et marcher rapidement vers la guérison après quelques applicateurs du cautère actuel; d'autres, au contraire, ont obtenu non seulement des résultats négatifs, mais dans certains cas ont eu à lutter contre des complications assez sérieuses.

Au Sénégal (Dr Abblart, Dr Amouretti). Les résultats ont été assez satisfaisants; mais ils avaient à faire à une complication particulière de l'ulcère (production de fausses membranes grisâtres) qui ne paraît pas être autre chose qu'une manière de pourriture d'hôpital (forme pulpeuse). Dans ces conditions, ils employaient le traitement par excellence et ne pouvaient avoir que des succès.

Quant à ce qui nous concerne, nous n'avons pas obtenu du fer rouge les effets que nous étions en droit d'attendre de lui.

Mais si nous proposons d'abandonner le fer rouge comme agent modificateur de la surface des plaies annamites, nous conseillerons volontiers de s'en servir comme moyen de s'op-

poser à l'extension rapide de certains ulcères en l'appliquant non sur la plaie elle-même, mais sur les parties avoisinantes.

Cette application du cautère cutellaire a donné des résultats satisfaisants entre les mains du Dr Gayet à Poulo-Condore.

Il fait à un centimètre en dehors de la plaie une cautérisation profonde de façon à circonscrire l'ulcère. Par ce procédé, notre collègue a pu souvent arrêter la marche d'ulcères rebelles à tout traitement et qui, ainsi circonscrits, atteignaient avec peine les limites de cette cautérisation. De plus, fait difficile à expliquer à moins d'y voir une action dérivatrice, il se faisait le jour même de la cautérisation, sur toute l'étendue de la plaie, une modification très heureuse. L'ulcère se débarrassait de tous les détritus qui encombraient sa surface, l'écoulement de sang noirâtre diminuait et souvent on constatait l'apparition de plusieurs points rosés.

Quelquefois une seule application de fer rouge ne suffit pas et il faut avoir recours à une seconde.

Au lieu de circonscrire l'ulcère complètement, on pourrait, à notre avis, faire plusieurs cautérisations profondes dont les bords ne se toucheraient pas et qui seraient concentriques à l'ulcère.

Incisions autour de l'ulcère. — A propos de ces cautérisations nous sommes amenés à parler de l'incision concentrique de l'ulcère préconisée par Dableau et Hogden.

Ces incisions concentriques à l'ulcère ne doivent pas être continues, elles doivent être interrompues çà et là de manière à ressembler au diagramme d'une fleur.

Elles semblent agir en décongestionnant les parties périphériques et en permettant le glissement de la peau.

Nous avons déjà dit, en parlant du traitement de la période inflammatoire, ce que valaient les incisions libératrices. Ici, de même, nous conseillerons le rejet de ces incisions en diagramme, car, même appliquées à un ulcère com-

plètement atone, elles risqueraient fort de donner lieu à des complications sérieuses en ouvrant la voie au phagédénisme, cette épée de Damoclès des ulcères annamites.

Greffe épidermique. — M. Treille a essayé, le premier, la greffe épidermique sur les ulcères de Cochinchine. Nous avons suivi, aussi exactement que possible, toutes ses recommandations, en nous conformant strictement à ses indications dans le choix des bourgeons charnus, dans la section des lambeaux d'épiderme et dans les soins à apporter au pansement. Malheureusement nous n'avons pu réussir dans les quelques tentatives que nous avons faites. M. le Dr Gayet aurait, au contraire, enregistré quelques succès.

En tous cas c'est un précieux auxiliaire qu'on ne doit pas négliger en présence de ces ulcères à perte de substance considérable et où la formation d'un tissu inodulaire solide est difficile.

La greffe épidermique n'aura de chance de succès que si les bourgeons sont fermes et rapprochés les uns des autres. On détache, avec la lancette, un lambeau d'épiderme de 2 à 6 millimètres au plus, qu'on porte aussitôt sur le sommet de la granulation choisie. On en applique ainsi plusieurs suivant les dimensions de l'ulcère. Le pansement s'achève avec des bandelettes de diachylum et un manchon de ouate.

On laisse le pansement quarante-huit heures en place et même plus.

Pansement au diachylum. — Nous avons laissé pour la fin le pansement au diachylum, car c'est à lui qu'on s'adresse en dernier lieu, et l'on peut affirmer que le pansement à recouvrement est le pansement terminal des ulcères.

On l'applique lorsque l'ulcère est comblé et qu'on n'a plus devant soi qu'une plaie étendue de niveau avec les téguments.

Le pansement est laissé en place quarante-huit heures environ, et lorsqu'on l'enlève, on trouve des bourgeons charnus, exubérants, que l'on réprime par une cautérisation légère au nitrate d'argent. On remet un autre pansement en place, et l'on continue ainsi jusqu'à guérison complète.

CHAPITRE III

Conclusions du Traitement.

I. — Traitement de la forme légère

En résumé, le traitement de l'ulcère phagédénique comprend l'emploi de nombreux agents qui, en se succédant à de courts intervalles, stimulent sans cesse la plaie sans lui permettre de retomber dans son état atonique et l'amènent vers la guérison.

Au début, arriver à la sédation des symptômes aigus par un traitement antiphlogistique.

Modifier ensuite l'état général de la plaie en la touchant avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent au vingtième ou une solution saturée de sulfate de cuivre.

Panser ensuite avec de l'iodoforme, de la poudre de charbon et de quinquina, ou encore du styrax ou des plumasseaux trempés dans une solution de tartrate ferrico-potassique. S'il est atone, ranimer sa vitalité par la pâte de jus de citron et de camphre. Varier ces pansements et lorsque l'ulcère sera comblé, que les bords seront recollés, et les bourgeons charnus au même niveau que les téguments, appliquer le pansement à recouvrement jusqu'à guérison complète de l'ulcère.

Tel est le traitement de l'ulcère phagédénique léger dont rien ne vient entraver la guérison. Malheureusement, au moment où l'on croit que les efforts vont être couronnés de succès et la guérison assurée, on voit apparaître à la surface de l'ulcère un point grisâtre d'abord, noirâtre ensuite, point de départ d'une nouvelle ulcération qui vient détruire tout le travail cicatriciel.

Il faut alors reprendre les cautérisations avec l'acide phénique au tiers ou même l'acide phénique pur. On arrête ainsi généralement la marche de cette ulcération et on reprend le traitement tel qu'il a été institué pour le premier ulcère.

A côté de ces moyens locaux, un traitement général reconstituant débutant toutefois par un léger purgatif pour combattre l'embarras gastrique qui accompagne souvent l'ulcère. Dans l'immense majorité des cas, si l'ulcère est léger, on arrive à la guérison.

Si ces moyens rationnels échouent, si l'état général du malade laisse à désirer, en même temps que l'ulcère présente une ténacité désespérante, la dernière ressource sera de conseiller le retour en France, car là seulement, l'organisme affaibli pourra retrouver la vitalité nécessaire pour réparer la perte de substance.

II. — Traitement de la forme grave

A côté de ces formes légères de l'ulcère de Cochinchine, dont le traitement réussit généralement à se rendre maître, on trouve, et les auteurs abondent en observations de ce genre, des formes dont le caractère de gravité réclame l'application de mesures promptes et énergiques.

Le malade est souvent frappé de stupeur, la plaie est noirâtre, l'odeur en est fétide, repoussante; le processus phagédénique envahit l'ulcère bornant parfois son action dévastatrice aux téguments, mais souvent pénétrant dans les parties profondes sous-jacentes, détruisant très rapidement la peau, le tissu cellulaire, les muscles, les tendons, attaquant les os, enlevant parfois une main ou un pied.

Une action énergique est donc nécessaire et un caustique qui peut rendre de réels services c'est l'acide chlorhydrique. Le fer rouge, les acides sulfuriques et azotiques doivent être rejetés.

Si la marche envahissante de l'ulcère semble vouloir prendre de trop grandes proportions, on peut employer, pour essayer de l'enrayer, le cautère cutellaire et faire une cautérisation profonde à un centimètre en dehors des bords de la plaie.

On panse pendant deux jours avec la pâte de camphre et d'acide citrique puis avec l'iodoforme et la poudre de quinquina et de camphre, etc.; on revient s'il le faut à une nouvelle cautérisation par le fer rouge.

Dans ces conditions, si l'ulcère s'est limité aux couches superficielles, on a des chances de le voir s'améliorer; mais, si l'ulcère a envahi les parties profondes mortifiant tendons, muscles, os, si l'on n'a plus devant soi qu'une masse profonde, noire, molle au début pour devenir de plus en plus sèche,

on pourra encore essayer, en désespoir de cause, la potasse caustique qu'on introduit par petits fragments dans cette masse et essayer ainsi, par une cautérisation des parties profondes qui ont conservé leur vitalité, d'opposer une barrière au phagédénisme et faciliter ensuite leur élimination.

Si tous ces moyens échouent, il ne reste plus qu'un dernier espoir bien faible, c'est l'amputation.

Cette ressource suprême n'est guère conseillée par la majorité des auteurs qui ont traité l'ulcère phagédénique. Il faut, pour qu'elle puisse être acceptée que le malade soit dans un état vraiment désespéré. M. Chapuis a déduit de l'insensibilité des parties avoisinantes de l'ulcère une règle de pratique.

Pour lui : « Si les amputations ont si souvent échoué, il est probable que c'est parce qu'on ne les a pas pratiquées assez loin de l'ulcère, parce qu'on n'est pas allé au delà de la zone insensible. Dans ce cas la gangrène envahit le moignon, si au contraire la sensibilité est conservée, on peut opérer plus près et sur la limite de l'ulcère. »

Nous n'avons pas eu l'occasion de mettre en pratique cette observation de M. Chapuis. M. Gayet, à Poulo-Condore, a pratiqué trois amputations suivies toutes les trois d'insuccès. Cependant il avait opéré loin de l'ulcère dans des régions où la sensibilité était parfaitement conservée.

Un de nos regrettés collègues, M. le Dr Alavoine, nous avait déjà communiqué les insuccès obtenus dans les quelques amputations qu'il avait pratiquées de membres atteints d'ulcères phagédéniques graves.

En terminant, nous relaterons quelques observations d'ulcères phagédéniques de Cochinchine différents au point de vue de la marche et de la terminaison.

L'observation I démontre d'une façon assez nette l'influence de l'état général sur la production de l'ulcère, une mauvaise nourriture et une mauvaise hygiène ont affaibli

M. D... Le terrain est devenu propice ; la piqûre de moustique n'est qu'une simple cause occasionnelle.

L'observation II est intéressante au point de vue de la marche de l'ulcère, elle offre un exemple de ces formes si fréquentes en Cochinchine qui découragent le médecin par leur tenacité. L'ulcère est presque cicatrisé, le but est pour ainsi dire atteint, lorsque subitement tout recommence et le nouvel ulcère dépasse souvent l'ancien comme dimension et comme gravité. Cette observation montre en outre les avantages précieux que l'on peut retirer de la cautérisation au fer rouge autour de l'ulcère pour arrêter le phagédénisme et modifier la plaie.

Les observations III et IV offrent des exemples d'ulcères graves, dont rien n'a pu arrêter la marche et qui sont suivis tous deux de mort. Dans l'un des cas, on a essayé, comme dernière ressource, mais sans succès, l'amputation.

OBSERVATIONS

Observation I

M. D..., originaire de l'île de la Réunion, âgé de vingt ans, de constitution assez robuste.

Ce jeune créole était appelé, au mois de mars 1884, a remplir les fonctions de commis-greffier près le tribunal de Soc-Trang. En raison du nombre insuffisant de maisons de construction européenne, il fut obligé de se loger dans une mauvaise paillotte située dans une des rues les plus malsaines du village. Insouciant (en raison de son âge), il ne chercha point à se procurer une nourriture fortifiante, se contentant des plats annamites que lui préparait son cuisinier indigène; au bout de deux mois de séjour dans le poste, il s'aperçut qu'il avait au pied droit, près de la malléole interne, une excoriation légère mais déjà douloureuse. Il se rappela s'être violemment gratté à cet endroit à la suite d'une piqûre de moustique.

La plaie alla en grandissant et lorsqu'elle eut atteint les

dimensions d'une pièce d'un franc, il se décida à me faire chercher.

La forme arrondie, les bords décollés, le fond rouge violacé de la plaie, l'ichor abondant qu'elle produisait, sa tendance à s'augmenter sans cesse démontraient suffisamment que j'étais en présence d'un ulcère phagédénique.

J'essayai les quelques topiques que je possédais (cataplasmes, iodoforme, jus de citron, camphre, vin de quinquina) sans résultats. Voyant l'ulcère s'agrandir sans cesse, j'évacuai mon malade sur l'hôpital de Mytho pour lui procurer le confortable et les soins que réclamait son état.

Il y fit un séjour de deux mois et demi et sortit guéri complètement.

Observation II

Ngûyen van chat, annamite, trente-cinq ans.

Cet homme, de taille moyenne, n'a eu dans sa jeunesse aucune maladie sérieuse. Il est aujourd'hui amaigri et profondément anémié.

Il fut piqué, il y a trois mois, par une épine qui pénétra à 3 centimètres environ au-dessus de la malléole interne du pied gauche. Cette piqûre détermina une plaie légère dont le malade ne s'inquiéta pas. Envoyé à Baicanh, quinze jours après l'accident pour travailler aux terrassements, sa plaie commença à s'agrandir. On le dirigea alors sur l'ambulance du pénitencier.

A son entrée, la plaie de forme ovale offrait les dimensions suivantes. Diamètre vertical : 6 centimètres; diamètre horizontal : 4. — Malgré tous les soins, la plaie s'étendit lentement en surface du 6 février date de son entrée jusqu'au

16 février; elle atteignit ainsi 9 centimètres sur 5. A partir du 16 la plaie commença à cicatriser et tout faisait présager une guérison prochaine. La plaie avait seulement, le 16 mars, les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, lorsque le lendemain, on remarqua un point noir à la surface de la plaie, on le cautérisa immédiatement avec l'acide chlorhydrique; le 28 mars (2 jours après), l'ulcère avait les dimensions d'une pièce de deux francs. Le fond était rempli d'une substance noirâtre qu'on enlevait avec des ciseaux et une spatule. Les bords décollés donnaient issue, à la pression, à un liquide ichoreux formant magma avec les parties mortifiées qui couvraient le fond de l'ulcère.

La sensibilité était conservée dans tout le membre sauf peut-être une légère diminution de sensibilité près des bords de la plaie. Malgré tous les efforts faits pour l'enrayer, l'envahissement continua de plus belle, et le 9 avril (14 jours après la rechûte) la plaie avait les dimensions suivantes : 12 centimètres de haut sur 11 centimètres de large.

On pratiqua alors, le 9 avril, une cautérisation profonde, avec le cautère cutellaire, autour de l'ulcère, à un centimètre en dehors des bords de la plaie.

A partir de cette époque, l'ulcère entre dans la voie de regression. La marche s'est arrêtée, le fond s'est détergé des parties mortifiées qui l'encombraient, des bourgeons charnus vivaces recouvrent le fond de la plaie, une zone cicatricielle se développe tout autour.

Le 1er mai on panse à recouvrement. L'ulcère a considérablement diminué et le 5 mai le malade, ayant terminé son temps de bagne, est mis exeat. Sa plaie peut être considérée comme à peu près guérie.

Observation III

Ngûyen vañ guon, annamite, vingt-neuf ans. Cet homme, à musculature peu développée, n'a eu, comme maladie antérieure, que quelques accès de fièvre paludéenne.

Pendant les onze premiers mois de son séjour à Poulo-Condore, il jouit d'une santé excellente, mais bientôt s'anémia assez profondément sous l'influence du régime pénitencier.

Il s'aperçut un beau matin qu'il avait une petite plaie à la partie interne du tiers inférieur de la jambe gauche. Il l'attribua à un léger coup reçu plusieurs jours auparavant.

Il n'y prit pas garde d'abord, et ce n'est que vingt jours après l'apparition de l'ulcère qu'il se décida à se présenter à la visite. La plaie avait alors 3 centimètres de long sur 2 de large. Elle s'étendait rapidement en surface en même temps qu'elle pénétrait en profondeur.

La plaie fut alors touchée à l'acide phénique pur. Malheureusement on ne prit point de précautions suffisantes, et l'acide s'étant mélé à l'ichor détermina de petites brûlures partielles qui augmentèrent la surface ulcérée.

Voyant que l'ulcère s'étendait toujours on le circonscrivit avec le fer rouge. Les parties sphacélées furent touchées avec l'acide chlorhydrique; à partir de cette époque la plaie prit meilleur aspect mais cette amélioration fut passagère. L'ulcère, qui s'était arrêté, reprit sa marche destructive et le phagédénisme prit alors une intensité extrême.

Les muscles de la région jambière antérieure et de la région péronière mis à nu par l'ulcération se mortifièrent à leur tour et formèrent une bouillie noirâtre au fond de la plaie.

Le tibia, mis à découvert, ne tarda pas à se nécroser. L'odeur de l'ichor secreté par cette plaie était d'une fétidité extrême, on fut obligé d'isoler le malade qui refusa de se laisser amputer.

Il s'affaiblit de plus en plus et succomba bientôt.

Observation IV

Ulcère pied droit. Désarticulation du pied.

Trêm-tann, chinois, âgé de quarante-deux ans.

Cet homme, maçon de son état, est de constitution vigoureuse, et, à part quelques accès de fièvre, s'est toujours bien porté. En travaillant à Baicanh, où il était employé à casser de la pierre, il reçut, le 12 février, un éclat sur le pied droit qui détermina une petite plaie au niveau de la face dorsale de l'articulation métatarso-phalangienne. Sur le moment, le malade ne prêta aucune attention à cette écorchure qui lui paraissait insignifiante; mais quatre jours après l'accident, la plaie s'agrandit tellement que Trêm-tann fut obligé d'entrer à l'infirmerie. Là, devant la tendance de l'ulcère à se creuser, on l'expédia à l'hôpital du Bagne. La plaie avait alors 2 centimètres de long sur 2 de large. Du 25 février au 7 mars, l'ulcère marcha très lentement, mais à partir de cette époque, le phagédénisme prit des proportions inquiétantes, malgré les soins dont on entoura le malade. Le 6 avril, il avait envahi la face plantaire; sur la face dorsale, il avait atteint les limites de l'articulation tarso-métatarsienne. Les deux premiers orteils avaient été emportés; quant aux deux métatarsiens correspondants, ils étaient cariés profondément; un ichor fétide coulait de la plaie.

Après avoir employé en vain tous les agents modificateurs, on pratiqua, le 9 avril, la désarticulation tibio-tarsienne (procédé J. Roux). Il y eut, à la suite de l'opération, une grande amélioration. Le malade recommença à manger avec appétit; malheureusement le mieux fut de courte durée. Huit jours après l'opération, le malade éprouva de l'anorexie; le moignon devint douloureux. Un examen attentif ne fit d'abord rien découvrir; deux jours après un point ulcéré de coloration noirâtre faisait son apparition à la face interne d'un des lambeaux. A partir de cette époque, malgré tous les efforts déployés pour arrêter la marche de ce nouvel ulcère, il continua à se développer. Le malade, déjà épuisé, s'affaiblit de jour en jour, et finit par succomber le 3 mars (vingt-cinq jours après l'opération).

CONCLUSIONS

1° L'ulcère de Cochinchine semble, grâce aux progrès de l'hygiène coloniale, épargner la race blanche, mais continue à sévir sur la race jaune.

2° L'ulcère de Cochinchine n'est pas contagieux ; on n'y a pas jusqu'à présent découvert de parasite spécial.

3° Le traitement général doit être aussi fortifiant que possible, son importance est considérable. Le traitement local comprend l'emploi d'une foule d'agents parmi lesquels nous citerons particulièrement le fer rouge employé comme moyen d'arrêter le phagédénisme par la cautérisation profonde des parties avoisinantes de l'ulcère.

Vu bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,
Dr LAYET.

Vu : *le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie,
H. OUVRÉ.

Bordeaux, le 15 mars 1886.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VINSON..... *Ulcère de Mozambique*, Union médicale, 1857.

VINSON..... Thèse inaugurale, Paris, 1858.

MAZAR-AZEMA .... *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1861.

DIDIOT ..... *Relation médico-chirurgicale de la campagne de Cochinchine*, 1861-62.

ROCHARD (J.)..... *De l'ulcère de Cochinchine*, Archives générales de médecine, 1862.

CRAS (Ch.) ..... *De l'ulcère de Cochinchine*, Gaz. des Hôp., 1862.

LAURÉ..... *De l'ulcère de Cochinchine*, Gaz. des Hôp., 1864.

DUTROULAU..... *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*.

JOURDEUIL ..... *Considérations générales sur l'ulcère de Cochinchine*, Recueil des mémoires de médecine militaire, 1869.

ROCHARD (J.)..... *Étude synthétique sur les maladies endémiques*, Archives de médecine navale, 1871.

TREILLE..... *De l'ulcère phagédénique des pays chauds*, Archives de médecine navale, 1874.

RICHAUD ..... *Topographie médicale de la Cochinchine française*, Archives de médecine navale, 1864.

CHAPUIS ..... *De l'ulcère phagédénique de la Guyane*, Archives de médecine navale, 1864.

LAYET ET LE ROY DE MÉRICOURT .. Art. *Cochinchine*. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

ABBLART ..... *Contribution à l'étude des ulcères des pays chauds*, Archives de médecine navale, 1884.

LE DANTEC..... *Origine microbienne de l'ulcère phagédénique des pays chauds*, Archives de médecine navale, 1885.

AMOURETTI ..... *Contribution à l'étude de l'ulcère phagédénique du Sénégal*, Thèse inaugurale, Lyon, 1885.

Bordeaux, Imp. O.-L. FAVRAUD, 91, rue Porte-Dijeaux.